

PSORIASIS INVERSA DAN KANDIDIASIS KUTIS INTERTRIGINOSA PADA BAYI

I Putu Artana, Agus Gautama, Made Swastika Adiguna, IGAA Dwi Karmila

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin,
FK Universitas Udayana, RSUP Sanglah Denpasar, Bali

ABSTRAK

Psoriasis inversa merupakan salah satu bentuk psoriasis, jarang terjadi, mengenai daerah fleksura, dapat salah didiagnosis sebagai kandidiasis kutis intertriginosa, pada anak perlu perhatian dan penanganan segera.

Seorang bayi laki-laki, umur 6 bulan, timbul bercak merah pada lipatan paha dalam 1 bulan. Awalnya timbul di lipatan paha kemudian menyebar ke bokong, lengan, ketiak dan leher. Tidak ada anggota keluarga dengan penyakit yang sama. Pada pemeriksaan fisik tampak plak eritema multipel, batas jelas, bentuk geografik ditutupi oleh skuama putih tipis, terdapat tanda Auspitz. Pemeriksaan kalium hidroksida (KOH) lesi daerah gluteal dan leher tidak ditemukan elemen jamur, tetapi kultur dengan media agar Sabouraud's ditemukan pertumbuhan jamur Candida sp. Pemeriksaan histopatologis lesi gluteus ditemukan gambaran sesuai dengan psoriasis vulgaris. Terapi dengan krim hidrokortison 2,5% memberikan respon baik.

Sangat penting mengetahui awitan psoriasis dan riwayat psoriasis dalam keluarga. Salah satu pencetus psoriasis adalah pertumbuhan jamur yang berlebihan terutama C.albican yang dapat dianggap sebagai antigen yang akan menstimulasi sel T pada lesi psoriasis. Kortikosteroid topical diberikan sebagai terapi lini pertama untuk psoriasis ringan sampai sedang atau berlokasi di daerah tertentu misalnya fleksura dan genitalia. (MDVI 2013; 40/3:126-132)

Kata kunci: psoriasis inversa, kandidiasis kutis intertriginosa, bayi

ABSTRACT

Psoriasis inversa is rare form of psoriasis that occurs in flexural skin fold. It can misdiagnosed with intertriginous cutis candidiasis. Infant psoriasis need more attention and treatment quickly.

A 5-month-old boy presented red patches on inguinal fold since one month ago. Initially appeared on inguinal fold, then spread to gluteal, arm, armpit and neck. No members of family had the same symptoms. Physical examination showed well-demarcated, erythematous and scaly plaques on that location. Auspitz sign was positif. A potassium hydroxide preparation was negative for fungal element on neck and gluteal lesion, but fungal culture with Agar Sabouraud's was found the growth of Candida sp. On histopatology examination from gluteal lesion showed vulgaris psoriasis pattern. Treatment with hydrocortisone 2.5% cream gave a good response.

It is important to know the onset of psoriasis and psoriasis history in family. One of trigger of psoriasis is overgrowth of fungi especially C.albican that it act as antigen and stimulate T cell on that lesion. Topical corticosteroid was first line for treatment of mild-moderate psoriasis or in certain area like the flexure and genitalia area. (MDVI 2013; 40/3:126-132)

Key words: inverse psoriasis, intertriginous cutis candidiasis, infant

Korespondensi:
Jl. Diponegoro – Denpasar – Bali
Telp. 0361-257517 / 08123604247
Email: dripa3005@rocketmail.com

PENDAHULUAN

Psoriasis adalah penyakit inflamasi dan hiperproliferasi kronik dengan dasar genetik ditandai dengan perubahan kompleks pada pertumbuhan dan abnormalitas differensiasi epidermis dan abnormalitas differensiasi, biokimiawi, imunologi dan vaskular. Salah satu bentuk psoriasis adalah psoriasis inversa yang juga dikenal sebagai psoriasis fleksura atau psoriasis intertriginosa.¹ Psoriasis pada anak sangat penting, perlu lebih mendapat perhatian dan penanganan karena akan mempengaruhi kualitas hidup anak baik secara fisik maupun psikologis.

Usia awitan psoriasis bervariasi mulai dari bayi sampai usia lanjut, umumnya pada usia 15-30 tahun, serta jarang pada usia kurang dari 10 tahun. Prevalensi psoriasis pada berbagai populasi berkisar antara 0,1 – 11,8%. Psoriasis mengenai 2,2 -2,6% populasi umum di Amerika Serikat, dan sebanyak 2-6% kasus berupa psoriasis inversa. Perbandingan angka kejadian antara laki-laki dan wanita sama. Di Asia, insidens psoriasis lebih rendah yaitu sekitar 0,4%.^{1,2} Insidens psoriasis pada anak-anak tidak diketahui, tetapi telah dilaporkan bahwa 10% kasus terjadi sebelum umur 10 tahun, dan 2% pada umur kurang dari 2 tahun.³ Sebuah studi di India mendapatkan 419 anak-anak menderita psoriasis (0,3%) dan 12,5% dari total pasien psoriasis.⁴ Data dari beberapa rumah sakit di Indonesia tahun 2003 – 2006 mendapatkan 96 (0,4%) kasus baru psoriasis berusia di bawah 15 tahun dari seluruhnya 22.070 kunjungan baru.⁵

Psoriasis inversa merupakan psoriasis yang jarang terjadi. Psoriasis inversa menunjukkan gambaran klinis dan distribusi lesi yang tidak seperti psoriasis pada umumnya. Psoriasis yang mengenai daerah fleksura dapat salah diagnosis karena menyerupai infeksi jamur bentuk kandidiasis intertriginosa sehingga perlu pemeriksaan penunjang lainnya. Lesi psoriasis pada anak-anak berbeda dengan orang dewasa. Kecepatan remisi sejak awitan psoriasis pada masa anak-anak lebih sering dibandingkan dengan psoriasis yang dengan awitan dewasa.^{4,6,7}

Prinsip diagnosis psoriasis inversa sama dengan psoriasis pada umumnya yaitu ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis. Namun, pada beberapa kasus yang meragukan, perlu dilakukan pemeriksaan histopatologi untuk memastikan diagnosis. Pengobatan psoriasis inversa pada bayi dan anak-anak umumnya sama seperti pada dewasa. Obat topikal merupakan lini pertama pengobatan psoriasis. Pengobatan sistemik ditujukan untuk kasus rekalsitransi yang parah, dan perlu dipikirkan kemungkinan efek samping jangka panjang.^{1,6,8}

Berikut ini dilaporkan sebuah kasus psoriasis inversa dan kandidiasis kutis intertriginosa pada bayi. Kasus ini dilaporkan karena merupakan kasus yang jarang dan dapat menyerupai penyakit kulit lainnya sehingga perlu dipahami dan dikenali gambaran klinis psoriasis terutama psoriasis inversa pada bayi, agar dapat ditangani secara tepat.

KASUS

Seorang bayi laki-laki berinisial NA, berumur 6 bulan, suku Jawa, agama Islam, warga negara Indonesia, nomor catatan medis 01.51.68.34. Pasien dikonsulkan dari Bagian Anak pada tanggal 23 Oktober 2011 dengan diagnosis status epileptikus disertai lesi di leher dan bokong.

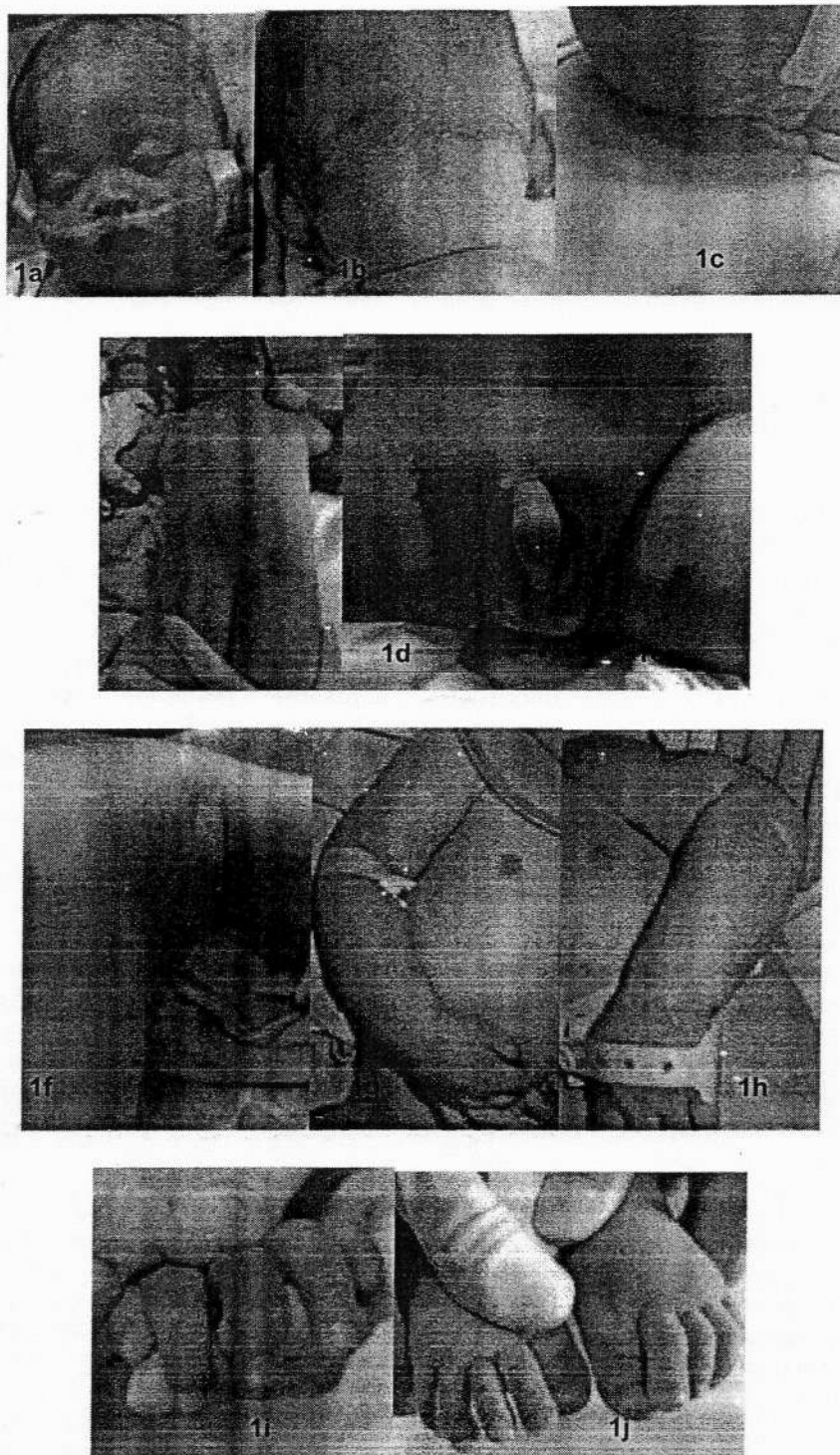
Kedua orang tua pasien mengeluhkan mengenai bercak-bercak merah yang timbul pada kulit pasien di daerah kepala, leher, pantat, ketiak, lipat paha dan kedua lengan sejak satu setengah bulan yang lalu. Bercak merah tersebut awalnya timbul pada kulit di daerah lipat paha, yang makin lama makin melebar dan menyebar ke lengan, punggung sejak 1 bulan yang lalu. Pasien sering rewel dan gelisah sejak mengalami bercak merah ini. Kedua orang tua pasien belum pernah mengoleskan sesuatu atau bahan pada bercak-bercak merah tersebut. Keluhan batuk pilek, bersin-bersin waktu pagi hari disangkal orang tua pasien.

Pasien pernah berobat ke dokter spesialis anak karena keluhan ini, mendapat salep *Benoson* (hidrokortison) dan bedak bayi, serta sempat mengalami perbaikan. Namun, semenjak perubahan iklim yang panas dan pasien sering berkeriang, bercak-bercak merah itu kambuh lagi.

Pasien belum pernah mengalami hal seperti ini sebelumnya. Pasien pernah mengalami kejang disertai panas secara mendadak yang terjadi untuk pertama kali. Tidak ada anggota keluarga yang menderita kelainan kulit seperti pasien, namun kakek pasien dikatakan mengalami bercak-bercak merah pada pantat saja. Pasien adalah anak pertama, lahir normal, berat badan 2800 gram dan ditolong oleh bidan. Asupan makanan berupa susu formula sejak lahir sampai sekarang.

Pada pemeriksaan fisis ditemukan keadaan umum menurun, kesadaran menurun (E3V3M3). Denyut nadi: 170 kali per menit, frekuensi pernafasan: 44 kali per menit, dan suhu aksila 38°C, berat badan 8 kilogram. Pada status generalis pasien didapatkan kepala *normo cephalic*, tidak didapatkan tanda-tanda anemia dan ikterus pada kedua mata. Pada pemeriksaan telinga dan hidung tidak ditemukan kelainan. Suara jantung (S1, S2) tunggal, regular, tidak terdapat murmur. Suara nafas bronkovesikuler, tidak ditemukan adanya ronchi ataupun *wheezing*. Hepar dan lien tidak teraba, bising usus dalam batas normal, tidak terdapat distensi abdomen, serta erosi pada genitalia. Pembesaran kelenjar limfe regional tidak ditemukan. Pada ekstremitas teraba hangat, tidak ditemukan edema. Rambut dan kuku tampak normal.

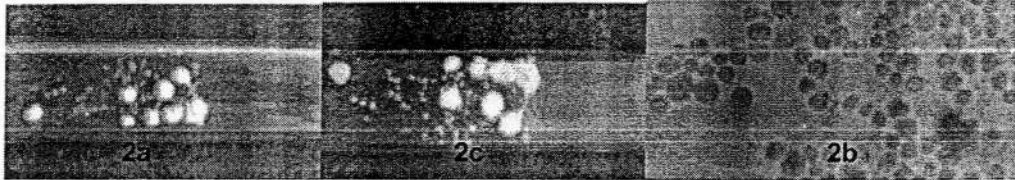
Pemeriksaan dermatologi, mendapatkan pada kepala, leher, lipat paha, ketiak, kedua lengan dan punggung terdapat plak eritema multipel, batas jelas, bentuk geografik, ukuran bervariasi 0,2 x 0,5 – 0,5 x 3 sentimeter, ditutupi oleh skuama putih tipis. Pemeriksaan bercak pada lilin lesi daerah lengan didapatkan hasil positif, serta tanda Auspitz juga memberikan hasil positif. Kuku jari kaki dan tangan, tampak mengkilap, bentuk teratur, permukaan halus, dan tidak didapatkan *pitting nail*. (Gambar 1).



Gambar 1. Efloresensi lesi psoriasis inversa pada kepala, leher, pelipatan paha, ketiak, lengan, dan punggung. Gambar 1a sampai 1 h. Efloresensi lesi kuku seperti pada Gambar 1i sampai 1j.

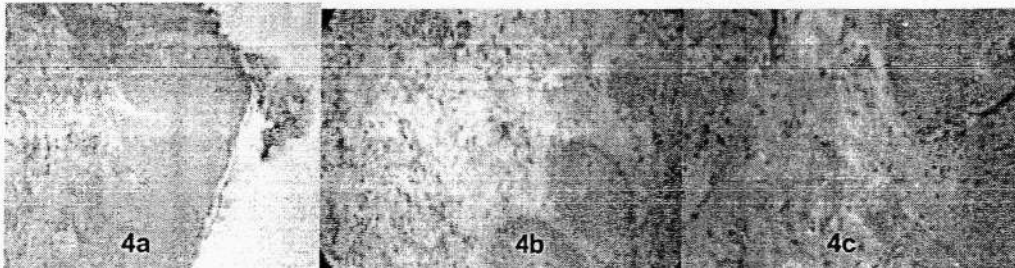
Pasien didiagnosis banding sebagai dugaan psoriasis inversa, kandidiasis kutis intertriginosa, dan dermatitis seboroik. Terhadap lesi di daerah intertriginosa, dilakukan pemeriksaan kalium hidroksida (KOH) 10%, diikuti kultur jamur dengan agar Sabaraud dextrose, serta pemeriksaan histopatologi pada lesi di daerah intertriginosa. Juga dilakukan pemeriksaan darah lengkap, tes fungsi hati dan ginjal.

Pemeriksaan KOH pada daerah gluteal, dan leher tidak ditemukan elemen jamur baik hifa, blastospora atau pseudohifa, namun kultur jamur dari kerokan lesi di leher dengan media agar Sabaraud's secara makroskopis tampak koloni berbentuk bulat, menonjol, mengkilat berwarna putih seperti embun, dan secara mikroskopis tampak spora bergerombol. Hal ini sesuai dengan pertumbuhan jamur *Candida sp*, seperti pada gambar 2 a, b, c dibawah ini.



Pemeriksaan histopatologi dari lesi di daerah glutea menunjukkan kulit yang terdiri atas lapisan epidermis dan dermis. Di permukaan epidermis tampak parakeratosis, dan *mikroabses Munro*. Di bagian papila dermis tampak

pembuluh darah kapiler yang mengalami proliferasi, tampak pula infiltrat radang perivaskular yang terdiri atas limfosit. Seperti tampak pada gambar 4 a-c di bawah ini. Gambaran ini mendukung diagnosis psoriasis vulgaris.

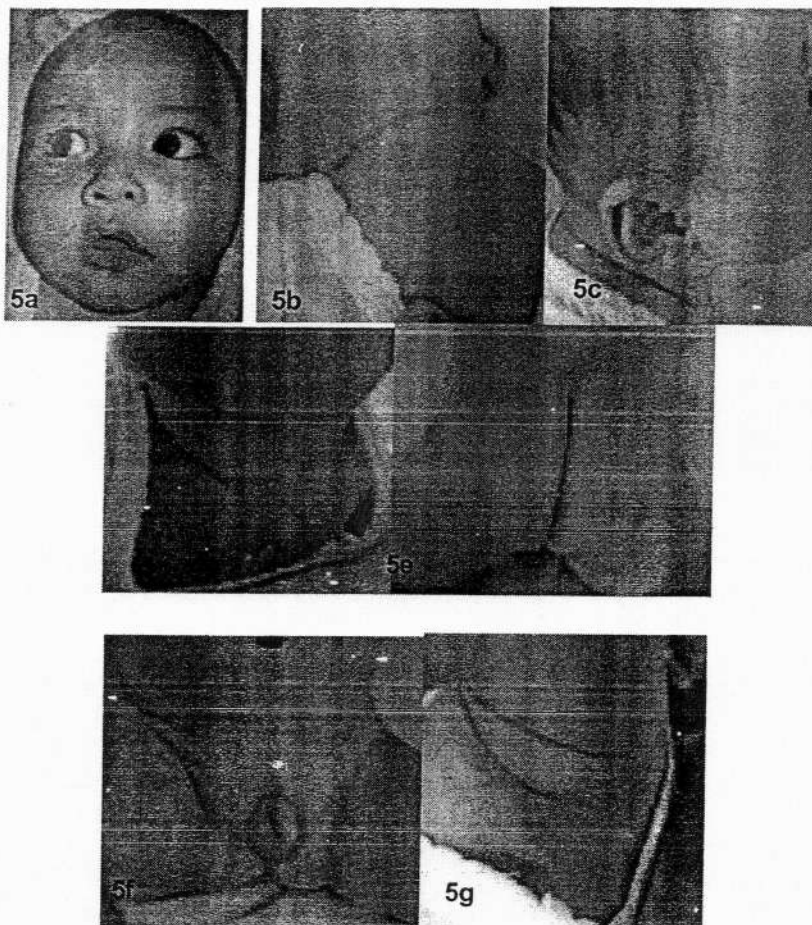


Di Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin (IKKK) RSUP Sanglah pasien didiagnosis kerja sebagai psoriasis inversa dan kandidiasis kutis intertriginosa. Pasien dirawat bersama dengan bagian IKA, diberikan terapi krim hidrokortison 2,5% yang dioleskan 2 kali sehari pada lesi, dan sirup mebidroline naphadisilat 2 x 1/3 sendok teh. Dari bagian IKA pasien didiagnosis sebagai status epileptikus disebabkan oleh ensefalitis dan higroma subdural, mendapat terapi oksigen nasal kanus 2 liter per menit, cairan dekstrosa : NaCl 0,9% (1:4) 500 cc/hari sebanding 20 tetes per menit, ampisilin 100 mg/kgbb/hari (4x20 mg), parasetamol sirup 3 kali 1 sendok teh bila temperatur aksila $\geq 38^{\circ}\text{C}$, fenobarbital 5mg/kg/hari (2 x 20 mg).

Pasien diperbolehkan pulang setelah 4 hari perawatan di RS, kemudian dilanjutkan perawatan di rumah. Diagnosis dan terapi yang diberikan oleh Bagian IKKK tetap sama. Di bagian IKA pasien didiagnosis *follow up* status epileptikus

yang disebabkan oleh ensefalitis dan higroma subdural, diberikan terapi pemeliharaan fenobarbital 2 x 20 mg selama 1 tahun, parasetamol sirup 3 kali 1 sendok teh bila panas dan dilakukan observasi kejang. Pasien disarankan untuk kontrol ke poliklinik IKA dan Kulit dan Kelamin satu minggu kemudian, tetapi pasien tidak datang.

Saat kunjungan rumah pasien setelah diobati selama 10 hari, orang tua pasien mengeluhkan bercak-bercak merah pada kulit lipat paha sudah menipis, memudar dan bahkan beberapa sudah menghilang. Pada pemeriksaan fisis dermatologi di kepala, leher, pelipatan paha, ketiak, kedua lengan dan punggung terdapat makula eritema multipel, batas tidak jelas, bentuk geografik seperti pulau, ukuran bervariasi 0,1 x 0,2 – 0,5x 2 sentimeter. (Gambar 4a-g).



PEMBAHASAN

Penentuan usia awitan gejala psoriasis serta riwayat psoriasis dalam keluarga sangat penting karena berkaitan dengan tingkat keparahan dan remisi. Usia awitan psoriasis bervariasi, mulai bayi sampai dengan usia lanjut, namun jarang pada usia kurang dari 10 tahun. Biasanya timbul pada usia 15-30 tahun. Sebagian besar timbul setelah pubertas, sebanyak 25-45% sebelum usia 16 tahun, 10% sebelum usia 10 tahun, dan 2% sebelum usia 2 tahun. Psoriasis pada anak memiliki dasar genetik, berkaitan erat dengan *human leukocyte antigen* (HLA). Antigen HLA kelas I terutama HLA-CW6 sering dihubungkan dengan usia awitan yang lebih dini disertai riwayat psoriasis dalam keluarga. Pada sekitar 23,4-71% anak-anak terdapat riwayat psoriasis dalam keluarga. Remisi spontan didapatkan pada 35% populasi dengan awitan usia anak, dan hanya 24% populasi dengan awitan usia dewasa.^{1,8,9} Pada kasus, gejala psoriasis muncul pada usia 6 bulan dan tidak ada riwayat psoriasis dalam anggota keluarga. Belum dapat dievaluasi remisi sampai saat ini. Pedigree psoriasis pada keluarga pasien adalah :

Salah satu pencetus lesi psoriasis inversa adalah pertumbuhan jamur yang berlebihan terutama *C.albicans*,

karena *Candida* dianggap sebagai antigen yang dapat menstimulasi sel T pada lesi psoriasis. Beberapa kemungkinan penyebab psoriasis inversa adalah stres, infeksi bakteri atau virus, konsumsi alkohol dan merokok berlebihan, individu yang hidup di daerah suhu dingin.^{1,8} Pasien ini mengalami status epileptikus, dan dicurigai ensefalitis, juga menderita infeksi jamur berupa kandidiasis intertriginosa. Berdasarkan perjalanan klinisnya, kemungkinan besar lesi psoriasis ini dicetuskan oleh pertumbuhan *C. albicans* yang berlebihan atau timbul secara bersama-sama.

Psoriasis vulgaris merupakan tipe psoriasis yang paling sering. Gambaran klasik lesi psoriasis vulgaris berupa plak eritema berbatas tegas, meninggi dan ditutupi oleh skuama putih. Pada psoriasis ditemukan tanda khas yaitu fenomena bercak lilin dan tanda *Auspitz*. Lesi psoriasis cenderung simetris, mengenai daerah ekstensor, meskipun dapat terjadi lesi unilateral atau asimteris. Bisa ditemukan fenomena *Koebner*, namun tidak spesifik untuk psoriasis. Varian klinis psoriasis pada anak-anak yaitu psoriasis tipe plak, psoriasis gutata, psoriasis inversa, psoriasis kuku, psoriasis popok, eritroderma, psoriasis pustular dan psoriasis mukosa. Psoriasis inversa sering terjadi pada bayi dan anak-anak, mengenai daerah intertriginosa atau daerah fleksura, paling sering di daerah

popok dan aksila. Pada psoriasis inversa didapatkan lesi berupa eritema berbatas tegas dan mengkilap, skuama minimal atau tidak ada. Proses berkeringat terganggu di daerah yang terkena. Bila muncul di daerah popok dikenal sebagai psoriasis popok, muncul saat usia 3-6 bulan dan pertama kali muncul berupa kemerahan yang konfluen. Tidak seperti psoriasis yang lain, bercak kemerahan ini menunjukkan respons yang baik terhadap pengobatan dan cenderung menghilang setelah usia setahun. Lesi psoriasis pada anak-anak berbeda dengan orang dewasa.^{1,8,10,11}

Kelainan kuku dapat terjadi pada 40% kasus psoriasis. Kelainan kuku semakin sering ditemukan seiring dengan peningkatan umur, durasi dan keparahan penyakit, serta psoriasis artritis. Kelainan kuku akibat psoriasis jarang ditemukan pada anak. Kelainan kuku paling sering terjadi dalam bentuk *pitting nail* berupa lekukan - lekukan kecil. Kelainan kuku lainnya adalah deformitas lempeng kuku (onikodistrofi) misalnya leukonikia, kuku hancur dan bercak merah di lunula. Kadang-kadang dapat terjadi kelainan yang tak khas misalnya kuku yang keruh, tebal, bagian distalnya terangkat karena lapisan tanduk di bawahnya dan onikolosis. Kelainan kuku bersifat simetris. Kelainan pada sendi jarang terjadi, bersifat poliartikuler terutama interfalangs distal.^{1,8,11}

Pada kasus, ditemukan kelainan kulit di daerah fleksura (ketiak, lipat paha, leher, daerah popok) berupa plak eritema, berbatas tegas, yang ditutupi oleh skuama kasar berwarna putih tipis, dan beberapa lesi dengan skuama yang minimal. Pada pemeriksaan fenomena bercak lilin dan tanda *Auspitz* didapatkan hasil positif. Hal ini sesuai dengan gambaran klinis psoriasis inversa.

Diagnosis psoriasis pada anak tidak berbeda dengan orang dewasa yaitu berdasarkan klinis. Pada beberapa kasus yang secara klinis masih belum dapat dibuat diagnosis, sehingga perlu dilakukan biopsi untuk menunjang diagnosis. Kelainan laboratorium biasanya tidak spesifik pada psoriasis dan tidak ditemukan pada semua pasien. Pada pasien psoriasis vulgaris yang parah, psoriasis pustulosa generalisata serta eritroderma, dapat terjadi albuminemia, dan perubahan profil lipid. Tanda-tanda inflamasi dapat meningkat misalnya *C-reactive protein*, α_2 makroglobulin serta laju endap darah.¹ Diagnosis kasus ini dibuat berdasarkan pemeriksaan klinis dan ditunjang oleh pemeriksaan KOH untuk menyingkirkan kelainan kulit lainnya dan dipastikan dengan pemeriksaan histopatologi.

Pemeriksaan histopatologi sangat membantu dalam penegakan diagnosis psoriasis. Data mengenai gambaran histopatologi psoriasis pada anak sedikit sekali. Gambaran histopatologi pada psoriasis inversa sama dengan psoriasis pada umumnya.⁸ Gambaran histopatologi psoriasis bervariasi, tergantung stadium lesi. Pada lesi awal terdapat edema dan infiltrat sel mononuklear di dermis bagian atas. Epidermis mengalami spongiosis dan stratum granulosum setempat menghilang. Venula di dermis bagian atas berdilatasi dan dikelilingi sel mononuklear. Pada lesi lanjut

terdapat gambaran khas psoriasis yaitu *rete redge* memanjang secara teratur, epidermis tampak menipis, terdapat akantosis, pemanjangan dan edema papil dermis, pustul spongioformis Kogoj di epidermis, hilangnya stratum granulosum, parakeratosis, mikroabses Munro di daerah parakeratosis tik, serta infiltrat sel radang terutama sel mononuklear pada dermis.^{1,2,8,12} Pada kasus ini, hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran yang mendukung psoriasis.

Gambaran klinis psoriasis inversa menyerupai kandidiasis kutis intertriginosa atau disertai dermatitis seboroika. Kandidiasis kutis intertriginosa cenderung pruritus, dengan eritema berbatas tegas, maserasi di daerah intertriginosa dengan lesi satelit vesikopustula. Pada pemeriksaan elemen jamur dengan larutan KOH 10% ditemukan blastospora dan pseudohifa, sedangkan pada kultur dengan biakan *agar Sabaraud dekstroza* ditemukan koloni ragi menonjol dari permukaan, permukaan koloni halus, licin, warna putih kekuning-kuningan dan berbau ragi. Diagnosis kandidiasis ini berdasarkan klinis dan dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan KOH dan kultur dari kerokan kulit.¹³ Lesi psoriasis di kepala dapat menyerupai dermatitis seboroik. Dermatitis seboroik pada bayi juga menyerang kulit kepala berambut dan daerah intertriginosa. Dermatitis seboroik sukar dibedakan bila tidak ada lesi psoriasis di tempat lain. Penyakit ini biasanya asimtomatis atau disertai rasa gatal ringan. Gambaran klinis berupa bercak eritematosa yang berbatas jelas dan ditutupi oleh skuama berwarna kuning dan berminyak. Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik.¹⁴ Pada kasus, didapatkan kandidiasis intertriginosa, karena ditemukan gambaran klinis menyerupai kandidiasis dan didukung oleh pertumbuhan koloni *candida* pada media agar, walaupun pada pemeriksaan KOH tidak ditemukan elemen jamur.

Pengobatan psoriasis pada anak-anak sama seperti untuk dewasa, dengan obat topikal sebagai lini pertama. Dalam pengobatan psoriasis, perlu diperhatikan durasi pengobatan karena berpotensi terjadi akumulasi toksisitas dan penurunan efektivitas pengobatan. Obat topikal yang bisa diberikan dalam jangka waktu lama antara lain adalah kalsipotriol, asitretin dan metotreksat, tidak demikian halnya untuk steroid topikal, dithranol, tar, fotokemoterapi dan siklosporin. Glukokortikoid topikal paling sering digunakan sebagai lini pertama untuk psoriasis ringan dan sedang atau di daerah tertentu misalnya fleksura dan genitalia. Psoriasis pada anak dapat diberikan kortikosteroid topikal dengan potensi yang sama untuk pengobatan dermatitis atopik pada masa anak-anak. Selama masa pengobatan, emolien sangat diperlukan karena dapat mengurangi skuama dan nyeri serta mengontrol pruritus. Kalsipotrien atau kalsitriol topikal dapat digunakan untuk psoriasis pada anak, namun sedikit bersifat iritasi lokal. *Calcineurin inhibitor*, misalnya salep *tacrolimus* 0,3% dan *pimecrolimus* 1% dapat berguna untuk psoriasis pada anak

khususnya di daerah yang berisiko atrofi misalnya wajah, daerah lipatan, dan persendian. Penggunaan *calcineurin inhibitor* ini tidak direkomendasikan untuk anak di bawah umur 2 tahun.^{1,6,7,8,15}

Pengobatan sistemik pada bayi, atau anak hanya diberikan pada psoriasis plak parah yang tidak responsif terhadap pengobatan topikal dan fototerapi. Obat sistemik yang digunakan adalah asitretin, metotreksat dan siklosporin. Steroid sistemik tidak diberikan secara rutin pada pasien psoriasis karena dikhawatirkan terjadinya fenomena *rebound*. Namun, steroid sistemik dapat dipertimbangkan untuk pengobatan eritroderma psoriatik, dan psoriasis pustulosa generalisata yang parah dan persisten serta tidak responsif terhadap obat lain. Terapi sistemik juga ditujukan untuk psoriasis yang parah, psoriasis artritis, psoriasis anak yang kronik dan berat untuk memperbaiki kualitas hidup. Penggunaan agen sistemik umumnya dibatasi sampai periode 6 bulan dari imunosupresan (*cyclosporine*, *acitretin* atau *methotrexate*).^{1,5,7,8}

Pada kasus, pasien mendapat terapi topikal yaitu hidrokortison 2,5% yang dioleskan 2 kali sehari dan selanjutnya diganti dengan hidrokortison 1%. Juga diberikan antihistamin *mebidrolin naphadisilate*. Pasien tidak mendapat terapi anti jamur baik topikal maupun sistemik karena dapat sembuh spontan tanpa obat anti jamur.

Sebagian besar pasien psoriasis bayi dan anak responsif terhadap pengobatan topikal. Umumnya psoriasis berlangsung kronis dengan masa remisi dan eksaserbasi. Namun pada beberapa anak, psoriasis dapat memburuk dengan bertambahnya usia, memerlukan terapi lebih agresif. Prognosis psoriasis bervariasi. Pada psoriasis guttata dikatakan dapat sembuh sendiri, menetap hingga 12-16 minggu tanpa pengobatan. Pada kebanyakan kasus psoriasis plak akan menetap lama dan remisi akan terjadi dalam beberapa waktu. Eritroderma dan psoriasis pustulosa generalisata mempunyai prognosis yang buruk dan cenderung menjadi parah dan persisten.^{1,8} Prognosis pasien ini dianggap *ad bonam* karena psoriasis terjadi pada anak-anak, awitan penyakit terjadi pada anak sehingga kemungkinan remisi dan eksaserbasi sangat tinggi. Hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup, prestasi sekolah dan hubungan sosial anak dengan lingkungannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Dalam: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, penyunting. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Edisi ke-7. New York: Mc Graw Hill, 2008. h.169-93.
2. Lee RA, Van Voorhees AS. Inversa Psoriasis. Dalam: Koo JYM, Lebwohl MG, Lee CS, penyunting. *Mild to Moderate Psoriasis*. Edisi ke-1. New York: Informa Healthcare; 2006. h. 207-18.
3. Butto AM. Childhood psoriasis: A review of literature. *J Pakistan Assoc Dermatol*. 2011; 21: 190-7.
4. Kumar B, Jain R, Sandhu K, Kaur I, and Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J of Dermatol*. 2004; 43: 654-8.
5. Sugito TL. Psoriasis pada bayi dan anak. Dalam: *Penyakit Papuloeritroskuamosa dan dermatomikosis superfisialis pada bayi dan anak*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2008. h. 27-39.
6. Patel S, Paller AS. Pediatric psoriasis. Dalam: Koo JYM, Lee CS, Lebwohl MG, Weinstein GD, Gottlieb A, penyunting. *Moderate – Severe Psoriasis*. Edisi ke-3. New York: Informa Healthcare; 2009. h.219-38.
7. Silverberg NB. Pediatric psoriasis: an update. *Therap Clin risk management*. 2009; 5: 849-56.
8. Syed ZU, Khachemuneu A. Inversa psoriasis: Case presentation and review. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12: 143-46.
9. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Ped Dermatol*. 2000; 17(3): 174-8.
10. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: A clinical review of 1262 cases. *Ped Dermatol*. 2001; 18:188-98.
11. Van De Kerkhof VCM, Murphy GM, Austad J, Ljungberg A, Cambazard F Duvold LB. Psoriasis of the face and flexures. *J Dermatol Treatment*. 2007; 18: 351-60
12. Weedon D. The psoriasiform reaction pattern. Dalam: *Skin pathology*. Edisi ke-3. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. h. 71-91.
13. Janik MP, Heffernan MP. Yeast infections: Candidiasis and tinea (pytiriasis) versicolor. Dalam: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, penyunting. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Edisi ke-7. New York: Mc Graw Hill; 2008. h.1822-30.
14. Diana IA. Dermatitis seboroik pada bayi dan anak. Dalam: *Penyakit papuloeritroskuamosa dan dermatomikosis superfisialis pada bayi dan anak*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2008. h. 7-15.
15. Wisesa TW. Pemakaian emolien / pelembab untuk kelainan eritroskuamosa pada bayi dan anak. Dalam: *Penyakit papuloeritroskuamosa dan dermatomikosis superfisialis pada bayi dan anak*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2008. h. 27-39.